

## Motor Insurance Proposal

### طلب تأمين مركبات

Thank you for choosing Saudi United Cooperative Insurance Company.  
In order to allow us submit our quote, Kindly arrange to fill the required information:

### Client Details:

Client Name:

Contact Person:

Profession:

### Address:

P.O. Box:

City:

Postal Code:

Telephone:

Fax:

Mobile (of contact person):

Email:

## Comprehensive Commercial Motor Insurance

### التأمين الشامل على المركبات التجارية

شكراً لإختياركم الشركة السعودية المتحدة للتأمين التعاوني.

المرجو تعبئة المعلومات المبينة أدناه، وذلك لنتمكن من تقديم عرض الأسعار المناسب:

### بيانات العميل:

إسم العميل:

إسم الشخص المسئول:

طبيعة العمل:

### العنوان:

صندوق البريد:

المدينة:

الرمز البريدي:

هاتف:

فاكس:

موبايل (الشخص المسئول):

البريد الإلكتروني:

### Vehicle Details:

Kindly arrange to fill the attached sheet or provide similar information using excel format

### بيانات المركبة:

الرجاء القيام بتعبئة الجدول المرفق أو القيام بتوفير معلومات مشابهة باستخدام تطبيقات الإكسل

### Required Extensions:

Kindly select required extension(s):

1- Personal Accident for Driver only

2- Personal Accident for Driver and Passengers

3- Agency Repair

4- Geographical Extension:

a. Bahrain

b. Gulf Cooperative Council including Bahrain

c. Egypt, Jordan, Lebanon & Syria

5- Natural Perils Extension

لا	نعم
No	Yes

لا	نعم
No	Yes

### التوسعات المطلوبة:

الرجاء إختيار التوسعات المطلوبة:

1- الإصابات الشخصية للسائق فقط

2- الإصابات الشخصية للسائق والركاب

3- إصلاح الوكالة

4- التوسعة الجغرافية:

أ. البحرين

ب. دول مجلس التعاون الخليجي بما فيها البحرين

ج. مصر، الأردن، لبنان وسوريا

5- توسعة الأخطار الطبيعية

6- Waiver of depreciation for total loss claim for vehicles less than 12 month old.

6- عدم تطبيق شرط الإستهلاك في حالة التعويض عن الخسارة الكلية للمركبة التي يقل عمرها عن 12 شهر.

**Kindly answer the following questions:**

لا نعم  
No Yes

**الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية:**

1. Are there any additional accessories installed other than those originally installed by the manufacturer?

1. هل تم تركيب ملحقات إضافية بخلاف تلك المثبتة أصلاً من قبل الصانع؟

If the answer is yes, kindly provide details of additional accessories, and add separate accessory values to the vehicle detail form:

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء ذكر تفاصيل الملحقات، وإضافة قيم الملحقات منفصلة إلى جدول بيانات المركبة:

2. Please state the required amount towards Protection and Removal:

2. الرجاء تحديد قيمة المحافظة والنقل المطلوبة:

3. Please state the required amount towards Emergency Medical Expenses:

3. الرجاء تحديد قيمة مصاريف العلاج الطارئ المطلوبة:

4. Have you insured with any other insurance company before?

لا	نعم
No	Yes

4. هل سبق التأمين لدى شركة تأمين أخرى؟

If the answer is yes, kindly provide details:

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء ذكر التفاصيل:

5. Does any one of the drivers suffer from any physical handicap or infirmity?

5. هل يعاني أي من السائقين أي عاهة أو إعاقة جسدية؟

If the answer is yes, kindly provide details:

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء ذكر التفاصيل:

6. Does any private license holder drive commercial vehicle?

6. هل يقود أي حامل رخصة قيادة خصوصي سيارة عمومية؟

If the answer is yes, kindly provide details:

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء ذكر التفاصيل:

7. Kindly provide details of past loss experience for the last three (3) years in the following format:

7. الرجاء ذكر تفاصيل الخسائر عن الثلاث (3) سنوات السابقة، على النحو التالي:

Year:

3	2	1
3	2	1

السنة:

Number of claims:

عدد المطالبات:

Amount of own damage claims:

قيمة مطالبات الضرر للمركبات المؤمنة:

Amount of Third Party Liability claims:

قيمة مطالبات مسؤولية الطرف الثالث:

**Important notice and declaration:****ملاحظة هامة وإقرار:**

- All documents related to the insurance policy must be read carefully in order to understand the scope of cover offered under this policy, including understanding the applicable conditions and exclusions.

- يجب قراءة جميع المستندات المتعلقة بوثيقة التأمين بعناية وذلك لفهم حجم التغطية التي تقدمها هذه الوثيقة، بالإضافة إلى معرفة الشروط والإستثناءات المطبقة.

- I/We hereby certify that all answers and data provided in this proposal form are hereby full and true, and that no miss disclosure or forgery of any material fact to the aforementioned information or data has taken place.

- أقر/نقر بموجب هذا أن الإجابات والبيانات الواردة في هذا الطلب كاملة وصحيحة، وأنه لم يتم تحريف أو كتمان أي حقيقة جوهرية تتعلق بتلك المعلومات والبيانات الواردة.

Applicant Name:

إسم مقدم الطلب:

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ:

**For Company Use Only:****لاستخدام الشركة فقط:**

Remarks:	ملاحظات:
Employee Name:	إسم الموظف:
Signature:	التوقيع:
Date:	التاريخ: